УДК 338.46:61

ІНСТИТУЦІЙНЕ СЕРЕДОВИЩЕ І ПРАКТИКА РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

***Т. М. Камінська**, доктор економічних наук, професор*
Національна юридична академія України імені Ярослава Мудрого

Присвячено аналізу інституційного середовища охорони здоров'я, продукування ним додаткових витрат, які не супроводжуються збільшенням її соціально-економічної ефективності. Розглянуто особливості прояву асиметрії інформації в охороні здоров'я перехідної економіки інверсійного типу, її посилення тіньовою економікою. Запропоновано шляхи реформування галузі з урахуванням світових тенденцій і оптимізації витрат в умовах обмежених медичних ресурсів.

***Ключові слова:** охорона здоров'я, інституційне середовище, асиметрія інформації, соціально-економічна ефективність, тіньова економіка.*

Актуальність проблеми. Економічні реалії України, що сформувалися під впливом світової фінансово-економічної кризи і внутрішньої нестабільності, призвели до наростання дефіциту державного бюджету. За різними даними, у 2009 р. він становив від 6,5 до 11,5 % ВВП. Продовження співпраці з МВФ змушує новий уряд України вдаватися до ретельної економії. По-перше, це одна з умов кредитування; по-друге, державний борг у 2009 р. становив 33 % ВВП і його подальше збільшення загрожує національній безпеці країни. Деякі економісти, наприклад В. М. Пинзеник, наполегливо проголошують необхідність скорочення державних витрат [1]. Проте ця пропозиція не стикується з обґрунтуванням необхідності збільшення інвестицій у людський розвиток взагалі і охорону здоров'я зокрема. Інші науковці — Л. Богуш, В. Бойков, Ю. Васильчук, Є. Ковжарова, В. Куценко, Я. Остафійчук, І. Солошенко, Г. Тарасенко, В. Шипуліна наполягають саме на збільшенні фінансування галузі та поліпшенні на цій основі здоров'я людей. Схожа думка лунала і під час передвиборчої кампанії від головного хірурга Києва, який агітував за нового президента, бо той обіцяв збільшити на 10 % фінансування охорони здоров'я [3]. Суперечність між цими поглядами посилюється особливостями інституційного середовища медицини, яке підживлює потребу в додаткових грошах. Вона має бути розв'язана двома шляхами: значним збільшенням доходів державного бюджету і ВВП та оптимізацією видатків на охорону здоров'я.

© Камінська Т. М., 2010

Мета статті полягає в обґрунтуванні альтернативи збільшенню фінансування галузі з огляду на інституційне середовище медицини, тобто необхідності стримування непродуктивних витрат на галузь та підвищення її соціально-економічної ефективності як одного із шляхів поліпшення здоров'я населення та оздоровлення фінансового стану країни.

Виклад основного матеріалу. Охорону здоров'я розглядають як регулювання державою спеціалізованого комплексу організацій, що надають лікувально-профілактичні послуги. Зазвичай до них відносять поліклініки, стаціонари, диспансери, станції швидкої допомоги, пологові будинки, науково-дослідні інститути, індивідуально практикуючих лікарів. Однак інституціональна структура, а також сама сутність медицини набагато складніші за просту сукупність спеціалізованих закладів. Вони охоплюють комплекс норм, що обмежують і формують рамки можливого у поведінці медичних фахівців відповідно до субординації, їх взаємини з пацієнтами та родичами. Лікарський обов'язок, честь і вміння зберігати лікарську таємницю, діяти сумлінно дуже відрізняють відносини між лікарями і пацієнтами від традиційних відносин між виробниками та споживачами продуктів або послуг. Норми спілкування в медицині задають також релігія, узвичаєна в суспільстві мораль, традиційні цінності. Тому медицина — це соціально-економічний інститут, який відіграє основну роль — збереження життя людини, суспільства та людства загалом, тобто цей інститут об'єктивно позначений консерватизмом. Ця риса дуже сильно відрізняє його від суто економічних інститутів, які схильні до більш динамічного розвитку.

Консерватизм медицини обумовлено також тим, що вона поєднує в собі біологічний та соціальний початки. Анатомія та фізіологія людини не змінюються під час переходу від одного соціально-економічного ладу до іншого або від індустріальної цивілізації до постіндустріальної. Будь-які інновації в медицині, зокрема економічні, сприяють тому, що темпи економічних перетворень в охороні здоров'я відстають від темпів реформування в інших сферах людської діяльності. Головне в цьому випадку — послідовне формування якості інститутів, які сприяють ефективній охороні здоров'я. В іншому випадку, коли здійснюються різкі і некомплексні зміни, можливі суперечності. Так сталося з перепорядкуванням законодавцями України первинної ланки на селі місцевим радам без формування нової системи економічних відносин. На практиці це призвело до того, що кошти, передбачені на потреби лікувальних закладів, розподіляють сільські голови без досвіду і розуміння проблем охорони здоров'я. Прикладом «шарахання» з одного боку в інший стали також спочатку дозвіл офіційних платних медичних послуг постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138, а потім їх заборона, бо Конституційний Суд України в 1998 р. ухвалив рішення про визнання їх недійсними. Але за час дії постанови легальні платежі в медицині трансформува-

лися в норму і згодом перетворилися на нелегальні. Такий же інституційний чинник зростання тіньової економіки спрацював у 2009 р. Спочатку Кабінет Міністрів України приймає розпорядження № 420 від 14 квітня 2009 р., яке знову ж таки дозволяє медичним закладам надавати платні послуги за так званий підвищений комфорт, але вже в жовтні воно скасовується, оскільки не відповідає ст. 49 Конституції України.

Ще один приклад — 20 жовтня 2009 р. Верховна Рада України ухвалює Закон «Про мораторій на підвищення цін і тарифів на лікарські засоби та вироби медичного призначення». 30 жовтня 2009 р. уряд видає постанову № 1154 «Про встановлення граничних рівнів цін на окремі лікарські засоби і вироби медичного призначення». В той же час Президент України, навпаки, ветує парламентський закон. Де тут послідовні реформи? Тобто річ не тільки в тому, що зростання цін на ліки відбувається завдяки тиску іноземних компаній та пануванню монополій і олігополій на вітчизняному фармацевтичному ринку. Самі по собі нестабільність та неузгодженість ухвалення рішень підштовхують медицину до неформальних правил і норм тіньової економіки.

Наступна інституційна особливість медичного ринку потребує на особливу увагу. Найприкметнішою його рисою є асиметрія медичних послуг про їх якість, яка накладає дуже велике обмеження на поведінку пацієнтів. Дійсно, цей ринок надто далекий від класичного, досконалого ринку, який (за маржиналістською теорію) передбачає поєднання інтересів продавця і покупця, раціональність і автономність споживчої поведінки, повну поінформованість споживача про якість і призначення товару, що дозволяє йому самостійно приймати рішення про купівлю. І хоча інституціональна економічна теорія наполягає, що на будь-якому ринку повна інформація про ціни і якість товарів — це абстрактна модель, бо поступове оволодіння нею пов'язане із зростанням трансакційних витрат, саме на ринку медичних послуг повної інформації для пацієнта не існує взагалі. Йому дуже непросто визначити якість лікування, бо немає ґрунтовної освіти, і несумлінний лікар має можливість свідомо не інформувати його про наслідки терапевтичного або хірургічного втручання, побічні дії ліків. Цьому сприяє той факт, що лікар зазвичай виступає і в ролі діагноста і консультанта, і в ролі надавача медичних послуг. Якщо лікар запропонує додаткову діагностику хвороби, пацієнт навряд чи відмовиться. Крім того, у пацієнта обмежені можливості в отриманні інформації за рахунок попереднього досвіду, адже захворювання нечасто повторюються або мають однакові симптоми. А в екстренних випадках хворий взагалі неспроможний думати.

До інформаційних витрат спонукає і пропозиція медичних послуг, що пояснюється характером ринку праці лікарів. Попит на факторному ринку, де забезпечується суверенітет споживача, зазвичай є похідним від попиту на

кінцевий продукт. Однак попит на медичні послуги, навпаки, залежить від пропозиції праці лікарів. У різних країнах вони «накручують» лікувально-діагностичні процедури з різних причин: бажаючи перестрахуватись, оскільки у правовій державі пацієнти з будь-якого приводу звертаються до судів; заради підтримання зайнятості лікарів, особливо в столицях, з метою реалізації лікарями вартісних ліків провідних фармацевтичних компаній та одержання додаткового доходу. Як результат — якщо більше лікарів, то більший попит на них. Невипадково, що, наприклад у США, медицина є єдиною сферою працевлаштування, котра гідно витримала сучасну економічну кризу. Тут не відбувалося значних звільнень, а у листопаді 2009 р. сектор охорони здоров'я розширився на 58 тис. працівників [10]. Відповідно до рейтингу, який з'ясовано журналом Forbes, найбільші гонорари отримували хірурги, терапевти та деякі інші працівники [6]. Асиметрія інформації впливає на неузгодженість інтересів між пацієнтами і лікарями, яка набуває стійкого характеру, незважаючи на моральний обмежувач — клятву Гіппократа. Тому розшарування населення за рівнем споживання медичних послуг у США значно сильніше, ніж у європейських країнах, що спонукало президента Б. Обаму розпочати економічні реформи саме з охорони здоров'я.

Щодо країн з перехідною економікою інверсійного типу, то асиметрія інформації посилюється тут тіньовою економікою. Крім того, заради політичної доцільності інформаційну асиметрію можуть підсилити також представники влади. Річ у тім, що потреби й уподобання громадян стосовно суспільної охорони здоров'я визначають парламентарі, яким це право делегується у процесі виборчої кампанії. Проте їм часто притаманні опортуністична поведінка, егоїзм та ігнорування обставин. В Україні, де механізм відкликання депутатів не працює, а виборчі списки є закритими для суспільства, ці аномалії набувають найбільшого загострення. Приходячи в політику, народні обранці не тільки не втрачають впливу на бізнес, а й багатократно його збільшують, наприклад, у дуже прибутковому фармацевтичному підприємництві. Вони стають зацікавленими не в якісній охороні здоров'я, а в дії нецінових чинників зростання попиту на ліки, скажімо, ажіотажу та паніки. Саме так було наприкінці 2009 — на початку 2010 р. в Україні, коли епідемія грипу розгорталася одночасно з передвиборчою кампанією.

Отже, асиметрія інформації про якість лікування породжує додаткові витрати на одну умовну медичну послугу. В бюджетній системі охорони здоров'я (в тому числі України) це подорожчання підсилює також інша інституціональна специфіка — відшкодування офіційних медичних витрат третьою стороною, державою. Тіньові платежі лікарям за додаткові діагностичні та лікувальні послуги для пацієнта дешевше, ніж отримання їх в приватному секторі. Виникає ситуація «морального ризику», яка добре описана представниками

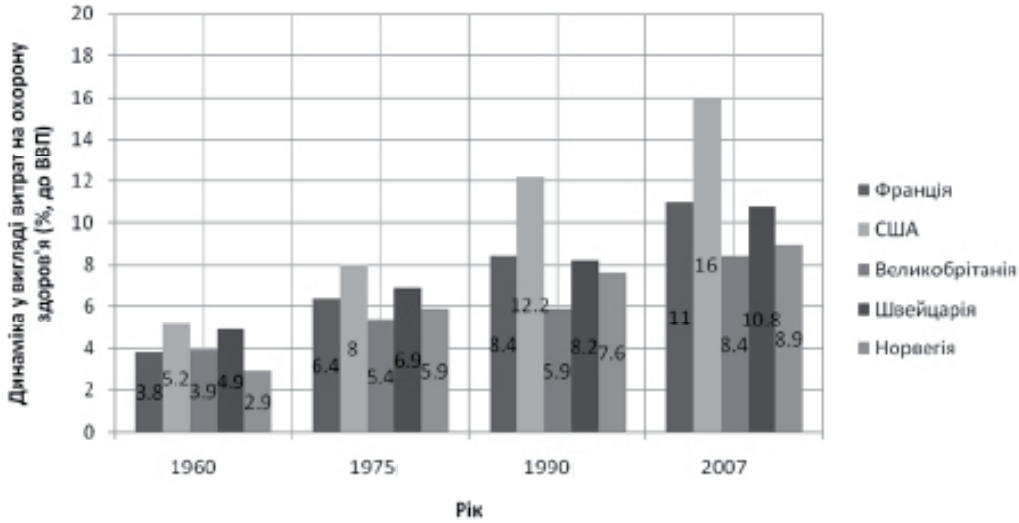
інституціональної економічної теорії. Це сприяє збільшенню граничних державних витрат на охорону здоров'я. Якщо вони починають перевищувати граничну віддачу від лікування, це призводить до розтринькування суспільних коштів.

Не сприяє економному використанню бюджетних ресурсів охорони здоров'я й інший вид асиметрії інформації — між міністерствами фінансів та охорони здоров'я, між верхніми та нижчими ланками галузі. Міністерство фінансів намагається контролювати витрати, не завжди віддаючи пріоритет здоров'ю і не вважаючи інвестиції в людський капітал найкращим використанням ресурсів. Керівники лікарень часто теж не представляють інтереси держави в обмін на зарплату та інші види винагород відповідно до контракту. На практиці вони часом демонструють опортуністичну поведінку, не виконуючи своїх обов'язків (умисно, заради додаткових преференцій або через недостатній професіоналізм). Навіть у Франції менеджер державної лікарні «Groupement Hospitalier du Havre» з 2000 ліжко-місцями у звіті за 2002 р. до фонду медичної інспекції подав сфальсифіковані відомості про фінансові потреби закладу з метою отримати якомога більше коштів [8]. Українські головні лікарі теж будь-що намагаються завищувати необхідне фінансування. Проведений у 2008 р. Національною Радою з питань охорони здоров'я населення України аналіз використання високовартісного обладнання, закупленого в 2007 р., показав, що 70 % його не було поставлено або не працювало до липня 2008 р., а в деяких областях діагностичне обладнання не працювало по 3–4 роки або дуже часто простоювало [5].

Така ситуація можлива тому, що інтереси держави як суб'єкта власності з приводу обсягу ресурсів охорони здоров'я і раціональності їх розподілу та інтереси керівників лікувальних закладів не можуть бути ідентичними. Відбувається також відчуження саме лікарів від власності та управління, внаслідок чого вони виступають лише посередниками в економічних відносинах вищих ланок управління та пацієнтів. А це призводить до відхилення поведінки безпосередніх надавачів медичних послуг від основоположної місії, отримання додаткової вигоди і прийняття лікарями рішень, не оптимальних для держави та вищих посадовців. Тобто ринок приватних та державних медичних послуг сам по собі відтворює інституціональні пастки, пов'язані з надмірним фінансуванням охорони здоров'я. Коли до них приєднуються інші чинники, які збільшують витрати на галузь, — використання новітніх технологій, старіння населення та зростання доходів, агресивний маркетинг фармацевтичних компаній, поява нових захворювань та ін., то формується стійкий тренд, який підтверджує статистика ОЕСР (табл. 1). Так, частка витрат на охорону здоров'я у ВВП зросла з 1960 по 2007 рр. у Великій Британії та Швейцарії — в 2,2 ; Франції — в 2,9; Норвегії та США — в 3,1 рази.

Таблиця 1

Динаміка витрат на охорону здоров'я, % ВВП [9]



Виникає запитання: чи виправдано і якою мірою зростання фінансування охорони здоров'я України з огляду на її інституціональну специфіку та загальний тренд світового розвитку? В 2002 р. воно становило, за даними МОЗ України, 4,5 млрд грн, а у 2009 р. — 33,4 млрд. Навіть з урахуванням інфляції зростання у 7,4 рази досить велике. З одного боку, воно виправдане, тому що в країнах ОЕСР у 2009 р. у середньому частка ВВП, спрямована на охорону здоров'я, дорівнювала 8,9 %, а в Україні — тільки 3,2 %. З другого боку, граничний продукт — поліпшення здоров'я — значно відстає від граничних витрат на галузь і робить її соціально неефективною, оскільки тривалість життя зменшується (табл. 2).

Таблиця 2

Очікувана тривалість життя за народженням [4]

Країна	Рік					
	чоловіки		жінки		обидві статі	
	1990	2007	1990	2007	1990	2007
Україна	65	62	75	73	70	68

Здоров'я українців тривалий час не поліпшується, бо залежить не тільки й не стільки від медичної галузі, скільки від способу життя, екології, доходів населення, стану автомобільних шляхів, умов праці на шахтах та ін. У структурі смертності населення України питому вагу становлять неінфекційні захворю-

вання — серцево-судинні, системи кровообігу, онкологія — і травматизм, які можна попереджувати і значно скорочувати за межами власне медицини. Наприклад, за даними МОЗ, майже 90 тис. мешканців України щороку помирають від раку, причому 35 % — особи працездатного віку. Епідемія ВІЧ/СНІДу досягла в Україні найнебезпечніших у Європі обсягів, що теж не є прямим наслідком стану медицини і потребує значної профілактики захворювання.

Що ж до фінансування власне медицини, то його збільшення за останні роки припадає на галузь, яка не реформується. Проблема полягає в тому, що сама структура охорони здоров'я України сприяє розширеному відтворенню інституціональних наслідків медицини. Попит, обумовлений пропозицією праці лікарів, за поглядом світових науковців та практиків, найбільш яскраво виявляється в лікарняному сегменті. Але в Україні він дуже роздутий. Якщо в Нідерландах, Норвегії, Італії, Португалії, Канаді кількість лікарняних ліжок на 10 тис. населення становить відповідно 48, 40, 39, 35 та 34, то в Україні 87 — більш ніж удвічі [4]. Причиною цього є фінансування стаціонарів за орієнтиром на одне ліжко-день замість однієї медичної послуги. Крім того, цей стан доволі довго не змінюється тому, що задовольняє інтереси як отримувачів тіньових доходів, так і політиків, які використовують популізм перед черговими виборами. Структурна перебудова охорони здоров'я завжди викликає суспільний резонанс, який підсилюється консерватизмом медицини. Але відсутність суттєвих реформ у галузі призводить до стихійного збільшення стаціонарного сектору, на який витрачаються колосальні кошти, а недорога первинна допомога розвивається за остаточним принципом.

Велика кількість малих і середніх лікарень породжує довготривалий негативний ефект масштабу і сприяє подорожчанню медичних послуг. Ці заклади не в змозі використовувати новітні технології, які насправді зменшують середні витрати виробництва. Проте вони потребують значних капіталовкладень. Більшу частку фінансування лікарень (до 80 %) становлять підтримка самих будівель, особливо оплата опалення, та заробітна плата медичних працівників, яка при цьому вдвічі нижча, ніж середня заробітна плата робітників промисловості. Але не вистачає грошей на нове обладнання та інновації. В умовах кризи це стає особливо очевидним. Так, у 2009 р. видатки на централізовану закупівлю медичного обладнання та капітальні ремонти для закладів охорони здоров'я в державному бюджеті навіть не передбачалися, що значно посилило частку основного капіталу з фізичним та моральним зношуванням. Усе це призводить до зниження соціально-економічної ефективності охорони здоров'я навіть при збільшенні загальних бюджетних видатків на галузь.

Однак найголовніша річ — надмірна кількість медичних закладів, особливо лабораторій та діагностичних центрів є пасткою для пацієнтів через асиметрію інформації. Сьогодні багато лікарів, особливо тих, хто визначає

діагнози за допомогою коштовних клінічних аналізів (алергологів, імунологів, ендокринологів), отримують своєрідну економічну ренту, тобто частину надприбутку лабораторних установ. Рента є формою економічної реалізації статусу лікаря як агента, якому пацієнт делегує свою довіру. Останнім часом цей сегмент тіньової медицини розвивається в Україні найбурхливішими темпами, бо він органічно вписується в загальну схему «відкатів», що уразили економічну поведінку більшості суб'єктів на національному рівні. За оцінкою консалтингової компанії «Медекспорт», щороку український ринок комерційної діагностики зростає на 20 % [7, с. 36].

Але тут виникають дві проблеми. По-перше, нівелюється позитивна роль приватного сектору охорони здоров'я. Взагалі вона полягає в послабленні державної монопсонії на ринку праці лікарів і зростанні ціни їх праці, активізації інноваційної діяльності, підтриманні структурно-технологічної перебудови медичного обслуговування та скороченні структурного безробіття, забезпеченні конкурентних переваг над тіньовою медициною в державному секторі, додатковому фінансуванні охорони здоров'я за рахунок заможних людей. Ні, насправді посилюється симбіоз тіньових економічних відносин обох секторів, які невиправдано збільшують платежі за лікування бідним верствам населення та середньому класу. Збереження значного стаціонарного сегменту з його схильністю до накручування вартості медичних послуг, таким чином, сприяє поширенню тіньової економіки медицини, яка апріорі не може бути дешевою. За даними експертів, майже 30 % аналізів у приватних лабораторіях України необґрунтовані. Крім того, у 35–40 % випадків їх дублюють, адже від пацієнта вимагають виконання аналізів ще до госпіталізації [7, с. 36].

По-друге, якість діагностики і лікування в такій системі не поліпшується. Часто діагностичні лабораторії перші два роки взагалі ніхто не перевіряє, оскільки відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765 «Про затвердження порядку акредитації закладу охорони здоров'я» перша акредитація закладу проводиться не пізніше ніж через два роки від початку здійснення діяльності. Крім того, довести помилки досліджень дуже важко, бо необхідно мати висновок медичного експерта. На допомогу лікарям приходять їх корпоративність, узгодження індивідуальних економічних інтересів з інтересами єдиної «сім'ї» медиків. Витоки цієї інституційної особливості медичної поведінки сягають у далеку історію та примножуються умовами постійного ризику праці лікаря, пов'язаного з отриманням негативного результату лікування та втратою репутації. Але часто, особливо в тіньовій економіці, корпоративність медиків сприяє зниженню якості медичних процедур та збільшенню кількості помилок лікарів, а також їх приховуванню. Урешті-решт граничний продукт в охороні здоров'я починає суттєво відставати від невпинно зростаючих витрат.

От чому структурна перебудова галузі потребує переорієнтації на позитивний ефект масштабу, маючи на увазі як державну, так і приватну медицину. Кількість лікувальних закладів, а також лікарів того чи іншого профілю мають бути контрольовані в обох секторах, оскільки асиметрія інформації та тіньовий ринок індиферентні до форми власності. Скорочення малих лікарень можливе за умови переходу до інтенсивного типу лікування, що базуються на ефективних технологіях та доказовій медицині. Краще за все позитивний ефект масштабу спрацьовує у великих клініках. Їх кількість обмежена, але й перебування хворих оптимально скорочено без погіршення якості лікування. Завдяки централізації медичного обслуговування великі клініки (до 500–600 ліжок у межах однієї юридичної особи) мають більше фінансових можливостей для проведення масштабних науково-дослідницьких робіт, зміцнення матеріально-технічної бази, впровадження нових технологій та методик. За інших рівних умов це сприяє зниженню середніх витрат, подовженню життя людей, зростанню якості послуг. Крім того, великі клініки необхідні з лікувальної точки зору — в кардіохірургії, нейрохірургії, трансплантології, онкології тощо, де практика лікарів сполучається з науковою діяльністю і де необхідні коштовні новітні технології. Великі клініки з максимальною кількістю профілів виправдані також для швидкої допомоги, оскільки в ургентній терапії та хірургії попередній діагноз, з яким хворий потрапляє до лікарні, невдовзі може змінитися.

Що стосується центрів діагностики, то їх кількість та якість послуг держава має суворо регламентувати за допомогою ліцензій, але утримання цих закладів на державному бюджеті не є ефективним Завдяки перевагам приватного ринку в стимулюванні науково-технічного прогресу вартісну діагностику (використання гама- і кібер-ножів, ПЕТ-діагностику, магнітно-резонансне обстеження та ін.) слід передати саме в цей сектор і уникнути зайвого пресу на державний бюджет, адже в 2009 р. державні видатки становили 55 % ВВП, що було найвищим показником у Європі. Специфікація прав власності і надання лікарням статусу самостійних суб'єктів господарювання, їх подальший перехід до контрактних відносин з місцевими органами влади, які є неминучими в умовах сучасної ринкової економіки, дозволять відшкодовувати за договором витрати на високотехнологічне обстеження і сучасну лабораторну діагностику для малозабезпечених верств населення. Для іншої частини населення можлива співучасть у платежах за послуги. Така практика є дуже поширеною за кордоном. Наприклад, платежі домогосподарств за медичні послуги становили в 2007 р. у Німеччині, Норвегії, Австралії, Фінляндії, Угорщині відповідно 13,1; 15,1; 18,0; 18,9; 24,9 % від загального обсягу видатків на охорону здоров'я [9]. Важливо наголосити на іншому — мають існувати законодавчо встановлені стандарти якості (протоколи) послуг з метою

пом'якшення асиметрії інформації. 4 тис. таких стандартів лікування МОЗ України вже підготовлено, на черзі — інші стандарти.

Сенс реформування полягає також у чіткому виокремленні первинної медицини, яка займається профілактичною роботою, вчасно виявляє симптоми захворювання і направляє пацієнта для висококваліфікованої допомоги. А університетські клініки та медичні центри (на базі прискореного впровадження новітніх наукових розробок у практику) лікують пацієнта. Наразі, за даними МОЗ, в охороні здоров'я працюють тільки 8 тис. сімейних лікарів (за потреби понад 26 тис.), тобто бюджетні ресурси розподіляються неефективно, адже це найбільш економний сегмент ринку медичних послуг.

Що стосується скорочення непродуктивних видатків на охорону здоров'я за допомогою обов'язкового медичного страхування (ОМС), то це дуже проблематично в наших умовах. Річ у тім, що ОМС має свої інституційні пастки, бо породжує суперечності між центром (єдиним національним фондом) та нижчими ланками (регіональними фондами). Як наслідок збільшуються витрати моніторингу за середньою та низовою ланками керівництва і страхових робітників. Інша причина суперечностей — це бюрократизм і можливість умисної нерівності в розподілі коштів між різними територіальними фондами ОМС, особливо в умовах поширеної тіньової економіки. Так, 12 серпня 2009 р. Московський міський суд поставив крапку в багатотомній кримінальній справі, де зібрані докази вини всіх перших керівників федеральної структури фонду ОМС. Вони отримували хабарі від представників територіальних фондів ОМС і фармацевтичних компаній, які брали участь у поставках ліків для пільгового контингенту (відповідно до програми додаткового забезпечення ліками). Хабарі поступали готівкою керівникам центрального фонду за додаткові субвенції. Тільки одна фармакологічна компанія «Протек» заплатила 50 тис. євро [2]. Ці гроші штучно збільшили рівень витрат на ОМС, які лягли на плечі потенційного пацієнта і платника податків в одній особі. Загибель 134 людей під час пожежі у кафе «Хромая лошадь» російського міста Перм показала, що лікарні виявилися неготовими прийняти потерпілих з тяжкими опіками. Там не було найелементарніших обладнання та ліків.

Висновки. Цілком очевидно, що постановлення питання про збільшення фінансування охорони здоров'я в Україні є правильним. Але сьогодні цього замало. Інституційна генетика медицини мультиплікує додаткові витрати, які не завжди виправдані, а тіньова економіка цей процес прискорює. З цієї причини та з огляду на світові тенденції зростання витрат реформування охорони здоров'я має відбуватися шляхом підвищення соціально-економічної ефективності, тобто найоптимальнішого викорис-

тання обмежених ресурсів галузі водночас зі збільшенням тривалості життя українців. Великі резерви поліпшення здоров'я людей знаходяться за межами медицини — це екологія, зростання рівня та якості життя, широкомасштабна пропаганда здорового способу життя, мінімізація тіньової економіки. Якщо вони не задіяні, то соціальна сутність реформ в охороні здоров'я зводиться нанівець. Потім на порядок денний виходять розв'язання проблем специфікації прав власності в медицині, надання лікарням економічної автономії, розвитку контрактних відносин з місцевими органами влади, структурної перебудови охорони здоров'я на користь менш витратної первинної ланки, розвитку добровільного і поступового впровадження обов'язкового медичного страхування. Початок реформування в охороні здоров'я має збігатися в часі з початком адміністративно-територіальної реформи, яка визначить межі територій, повноваження громад та необхідні ресурси.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антикризові стратегії для України: державні фінанси, заощадження, інвестиції // Дзеркало тижня. — 2010. — № 9. — Режим доступу : http://www.dt.ua/2000/2020/68726/.

2. Взятка без снисхождения // Рос. газ. — 2009. — 13 авг. — № 149. — С. 3.

3. Медики Києва — за кандидата, надійного щодо конкретних справ. — Режим доступу : http://unian.net/ukr/news/news-359509.html.

4. Мировая статистика здравоохранения 2009 г. Всемирная организация здравоохранения. — Режим доступу : http://www.who.int/whosis/whostat/RU_WHS09_Full.pdf.

5. Поліщук М. «Здравозахоронєніє» / М. Поліщук // Уряд. кур'єр. — 2009. — 29 груд. — № 243. — С. 6.

6. УКРРУДПРОМ. — Режим доступу : http://www.ukrrudprom.com/news/Forbes_nazval_samuyu_oplachivaemuyu_professiyu.html.

7. Тымкив К. Анализ нала / К. Тымкив // Корреспондент. — 2009. — 3 апр. — С. 36–37.

8. Obama Pressed oh Details of Plan // The Wall Street Journal. — 2009. — 4 верес. — Режим доступу : http://online.wsj.com/article/SB124958049241511735.html.

9. OECD Health Data. — Режим доступу : http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html.

10. Finance.ua. — Режим доступу : http://news.finance.ua/ua/~/7/2009/12/09/180559.

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ СРЕДА И ПРАКТИКА РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Каминская Т. М.

Посвящено анализу институциональной среды здравоохранения, продуцирования ею дополнительных издержек, которые не сопровождаются повышением ее социально-экономической эффективности. Рассмотрены особенности проявления асимметрии информации в здравоохранении переходной экономики инверсионного типа, ее усиления теневой экономикой. Предложены пути реформирования здравоохранения с учетом мировых тенденций и оптимизации затрат в условиях ограниченных медицинских ресурсов.

Ключевые слова: здравоохранение, институциональная среда, асимметрия информации, социально-экономическая эффективность, теневая экономика.

INSTITUTIONAL ENVIRONMENT AND PUBLIC HEALTH REFORMING PRACTICE

Kaminska T. M.

The article covers the analysis of the public health institutional environment and induced additional cost which are not accompanied by the social-economic efficiency increasing. The peculiarities of manifestation of information asymmetry in health system of transitional economy of the inverse type, its intensification by shadow economy are featured. The ways of public health reformation with consideration of the world's trends and cost optimization under scarce resources are suggested.

Key words: public health, institutional environment, information asymmetry, social-economic efficiency, shadow economy.

УДК 368:339.13

ІНВЕРСІЙНІСТЬ ФОРМУВАННЯ СТРАХОВОГО РИНКУ В УКРАЇНІ

Л. В. Нечипорук*, кандидат економічних наук, доцент*
Національна юридична академія України імені Ярослава Мудрого

Означено особливості інверсійного типу ринкової трансформації. Встановлено чинники інверсійності формування страхового ринку в Україні. Визначено чинники, які сприяють зростанню трансакційних витрат на україн-

 © Нечипорук Л. В., 2010